Aus der Kgl. I. Gynäkol. Klinik München.
Vorstand: Geh. Prof. Dr. A. Döderlein.

Lane Medical Library

Die conservative Behandlung der Placenta praevia mit einer Statistik von 1907-1912.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Dimitrios Dimitriu aus Cypern.

München 1914.
Gedruckt bei Georg Lindner, München, Leopoldstr. 55.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität München.

Referent:
Geh. Prof. Dr. A. Döderlein.

ΤΟΙΣ ΦΙΛΟΣΤΟΡΓΟΙΣ ΜΟΙ

ΓΟΝΕΥΣΙΝ
ΕΥΓΝΩΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΑΓΑΠΗΣ

ΔΕΙΓΜΑ ΕΛΑΧΙΣΤΟΝ

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153302_0088

Eine der gefährlichsten Komplikationen, welche am Ende der Gravidität oft auftritt, und in bedrohlicher Weise das Leben von Mutter und Kind gefährdet, sind die Blutungen, die in den ersten Phasen, wenn kräftige Kontraktionen den unteren Eipol im weiteren Umfang bloslegen, gewöhnlich ihren Höhepunkt erreichen. Da wir bei normaler Insertion der Placenta Blutungen während der Eröffnungsperiode äusserst selten beobachten, so muss sich unser Verdacht über das Herrühren dieser Blutungen, deren Wiederholung und Heftigkeit ganz verschieden sein kann, auf abnorme Insertion der Placenta richten, und diese Abnormität nennen wir Placenta praevia. Es können diese Blutungen bei Bettruhe bald aufhören, oder sich in bedrohlicher Weise wiederholen. Oft treten diffuse Blutungen auf, die den Exitus der Mutter herbeiführen können, nämlich, wenn die Frau sich selbst überlassen bleibt und keine ärztliche Hülfe in Anspruch genommen wird, selbst auch bei mässigen Blutungen, da die Wiederholung derselben nicht ganz ausbleibt. Es ist oft beobachtet worden, dass nachdem die erste Blutung vorüber ist, nach kürzerer oder längerer Zeit eine neue auftreten kann, bis schliesslich die Frau wegen der wiederholten Blutungen, und infolge hochgradiger Anämie von einer Ohnmacht in die andere fällt und zugrunde geht.

Bevor ich auf die Aetiologie der Placenta praevia eingehe, möchte ich noch etwas beifügen in Bezug auf diese Blutungen, deren genaue Kenntnis von ganz hervorragender Wichtigkeit ist, weil bei ihrer Aetiologie verschiedene Momente mitwirken, deren Kenntnis uns der richtigen Diagnose und infolgedessen der richtigen Therapie näher bringen kann.

Es sind zweierlei Blutungen zu unterscheiden: Vor der Geburt, die, wie ich oben erwähnt habe, sehr selten beobachtet werden und durch Uterus und Scheidenruptur bedingt sind, und solche nach der Geburt infolge zurückgebliebener Placenta.

Aber ausser den Vor- und Nachgeburtsblutungen haben wir noch diejenigen zu unterscheiden, welche in der Eröffnungs- oder Austreibungsperiode beobachtet werden.

Diese sind sehr charakteristisch, und haben für die Diagnose die grösste Bedeutung. Aus diesen Umständen können wir schliessen: Eine Blutung, die in der Eröffnungs- oder Austreibungsperiode auftritt, spricht aller Wahrscheinlichkeit nach für Placenta praevia.

Alle Autoren haben sich bemüht, die Ursachen der Entstehung der Placenta praevia zu erklären, sind aber trotz vielfacher Bemühungen nur langsam vorwärtsgekommen. Auch heutzutage sind, trotz aller unserer sonstigen geburtshilflichen Fortschritte, die Meinungen noch nicht ganz geklärt. Die Hauptschwierigkeit liegt darin, dass unsere anatomischen Kenntnisse noch mangelhaft und Präparate, in denen die Placenta praevia am Uterus haftet, sehr selten sind, aber noch seltener jene aus den ersten Monaten.

Wir wissen, dass der normale Sitz der Placenta, wodurch der Schwangerschaftsverlauf nicht gestört wird, als derjenige in den oberen Teilen des Uterus betrachtet werden muss, und zwar in erster Linie

derjenige an der vorderen oder hinteren Wand. Hat sich die Placenta nicht in den obenerwähnten Teilen entwickelt, sondern in den untersten Abschnitten der Uterushöhle, so haben wir erst mit einem abnormen Sitz der Placenta zu tun „placenta praevia".

Strassmann schreibt in seiner Veröffentlichung über Placenta praevia folgendes:

„Placenta praevia ist der Name für dasjenige Verhalten des schwangeren und gebärenden Uterus und des Eies, bei dem der Mutterkuchen als vorliegender Teil angetroffen wird".

Je nach dem Sitz der Placenta unterscheiden wir:

Placenta praevia centralis oder totalis, wenn die Placenta den Muttermund völlig bedeckte und der untersuchende Finger nirgend Eihäute fühlen lässt.

Placenta praevia partialis, wenn nur ein Lappen sich über den Muttermund erstreckt, Placenta praevia lateralis oder marginalis, wenn im Laufe der Eröffnungsperiode der Cervix sich zurückzieht und ein Abschnitt der Placenta blosgelegt wird und frei vorliegt.

Welches sind die Momente, die diese abnorme Insertion der Placenta sich bilden lassen?

Viele Autoren nehmen an, dass krankhafte Veränderungen des Endometriums nach rasch hintereinander folgenden Geburten eine grosse Rolle spielen und die Disposition zu Placenta praevia begünstigen.

Dafür spricht die Erfahrung, dass mehrgebährende häufiger von Placenta praevia getroffen werden als Erstgebährende, und besonders Frauen aus den niederen Volksklassen, wegen schnell aufeinander folgender Schwangerschaften, wodurch oft mangelhafte Rückbildungen des Uterus entstehen und wegen schwerer Arbeiten.

Die Untersuchungen von Hofmeier gaben die interessantesten Aufschlüsse, nach welchen die Pla-

centa praevia in fast allen Fällen durch Placentaentwicklung innerhalb der Reflexa des unteren Eipold zustande kommt.

Der über dem Muttermund freiliegende Teil der Placenta wäre demnach mit glatter Decidua reflexa bedeckt, die später mit der Vera verwächst. Auch für diese Deutung der Entstehung der Placenta praevia werden endometrische Prozesse herangezogen. Diese verursachen teils eine Wucherung und Vaskularisation der Reflexa, teils verhindern sie eine unzureichende Aufnahme von Ernährungsmaterial durch die in der Serotina haftenden Zotten. Beide Umstände begünstigen die Persistenz der Zotten in der Reflexa.

Das wichtigste Symptom, das bei Placenta praevia den normalen Geburtsverlauf zu beeinflussen vermag, sind charakteristische Blutungen, die sehr oft lebensbedrohlich sind. Schon vor Vollendung der Geburt kann die Mutter den Verblutungstod sterben. Doch kann im Verlauf der letzten Monate der Gravidität ohne Ursachen eine Blutung hervortreten, die spondan zum Stehen kommt und sich dann wiederholt.

In anderen Fällen kommt es schon in den ersten Monaten zur Blutung, die sich dann von Zeit zu Zeit wiederholt, bis endlich eine diffuse Blutung die Frühgeburt einleitet. Anders kann eine einmalige proffuse Blutung der Schwangerschaft ein Ende machen.

Im allgemeinen aber wiederholt sich nach Tagen oder Wochen wiederum ohne besondere Ursache mit bedeutender Intensität die Blutung, die nicht ohne Einfluss anf das Allgemeinbefinden bleibt. Werden endlich die Wehen schleichend und träge und bringt unter diesen Umständen keine ärztliche Hilfe die Geburt zu Ende, so wird die Frau an Verblutung zu Grunde gehen.

Diese Ursachen dieser Blutungen, die auch als Ursachen der vorzeitigen Schwangerschaftsunterbrechung anzusehen sind, sind in kleinen Verschiebungen zwischen Uteruswand und Placenta zu suchen, oder in kleinen Zerreissungen der den intravillösen Raum gegen die Cervix abschliessenden Decidua. Diese Zerreissungen können durch äussere Einwirkungen zustande kommen, oder wegen der Vorwehen in den letzten Wochen der Schwangerschaft, und führen entweder zur Eröffnung des intravillösen Raumes, oder eines grösseren Blutsinus in der Decidua.

Nach den Erfahrungen von Hofmeier tritt die Blutung bei Placenta praevia partialis meist früher auf, bei der centralis oft erst gegen das normale Ende der Schwangerschaft. Er glaubt auch, dass die Blutungen in keinem direkten Verhältnis zur Grösse des vorliegenden Lappens stehen, in dem sie bei ganz kleinem Lappen sehr schnell tödlich wirken können, bei grossem Lappen durchaus nicht immer stark zu sein brauchen. Die Mutter würde wegen der Blutungen meist in den Zustand hochgradigster Anämie versetzt sein, so dass sie die Gefahren bei der Geburt nicht überwinden kann.

Auch nach glücklich verlaufener Geburt ist das mütterliche Leben noch nicht sicher gestellt, da häufig in der Nachgeburtsperiode atonische Blutungen die Mutter einer neuen Gefahr aussetzen und den Arzt in eine schwierige Lage bringen können. Noch eine gefährliche Komplikation bei Placenta praevia ist auch das Puerperalfieber. So ist es allgemein bekannt, dass Mütter mit Placenta praevia besonders oft und schwer an Puerperalfieber erkranken, und diese Erkrankung nimmt fast immer einen tödlichen Ausgang.

Zuerst ist der Tiefsitz der Placenta anzuschuldigen, der mit seinen weitgeöffneten Blutbahnen den Krankheitserregern eine günstige Eingangspforte dar-

bietet. Ferner erhöht die sich ergebende Notwendigkeit des Eingreifens die Infektionsgefahr dadurch, dass der Geburtshelfer wegen der möglichst schnellen Hilfeleistung gezwungen ist, die sorgfältige Desinfektion seiner Hände und Instrumente ausser Acht zu lassen.

Als sehr gefährlich ist ferner die in allen bisher bekannten Fällen von letalem Ausgang infolge der grossen geöffneten Gefässe entstehende Luftembolie zu erwähnen, wie zuerst von Olhausen hervorgehoben wurde. Das Kind wird bei Placenta praevia im höchsten Grad gefährdet, durch die wegen der vorzeitigen Trennung der Placenta gegebene Störung des fötalen Kreislaufes. Besonders sind bei Placenta praevia centralis, wo die Lösung der Placenta in ausgedehntem Masse erfolgt, die Gefahren bedeutend grösser, als bei Placenta praevia lateralis, da die Mutter viel mehr Blut verliert und das Kind aus Sauerstoffmangel asphyktisch zu grunde geht.

Erwähnenswert ist ausserdem noch, dass durch die bei Placenta praevia abnorme Kindslage oder durch den Vorfall der Nabelschnur die Kinder sehr gefährdet werden. Nach dieser Schilderung können wir die Prognose folgenderweise stellen.

Bei Placenta praevia ist die Prognose für die Mutter zweifelhaft, für das Kind schlecht.

Die Diagnose der Placenta praevia macht keine besondere Schwierigkeiten. Das erste, einzige und wichtigste Symptom sind die typischen Blutungen, deren Quelle fast ausschliesslich dem mütterlichen Placentarkreislauf, dem Zwischenzottenraum und der Venen entstammt. Arterielle Blutungen kommen infolge schneller Thrombosierung der kleinen Arterienlumina kaum in Betracht. Die Ablösung der Placenta wird hervorgerufen durch die in der Schwangerschaft auftretenden Schwangerschaftswehen, oder durch die bei Beginn der Geburt regelmässig erfolgenden und fortgesetzten Geburtswehen.

Placenta praevia kann verwechselt werden mit Prolaps der Placenta bei vorzeitiger Lösung oder bei Uterusruptur. Doch lässt sich durch die Anamnese in solchen Fällen die Differenzialdiagnose leicht stellen, denn in allen Fällen, in denen die Placenta schon ursprünglich am unteren Uterinsegment liegt und den Muttermund vollständig bedeckt, treten die Blutungen in der Schwangerschaft bei Beginn der Wehentätigkeit ein, während bei Prolaps der Placenta und Uterusruptur erst, wenn eine längere Wehentätigkeit vorausgegangen ist. Ausserdem erkennt man die Placenta praevia auch an der auffallenden Weichheit des Cervix und des unteren Uterinsegmentes. Der untersuchende Finger fühlt ein weiches Polster, oder ein schwammiges Placentargewebe. Das Fühlen vom Placentargewebe oder von dick mit Decidua belegtem Chorion stellt die Diagnose im allgemeinen fest.

Therapie.

Bezüglich der Therapie der Placenta praevia sind verschiedene Behandlungsmethoden angegeben worden, aber unter allen Autoren herrscht keine Einigkeit. So sieht man, dass die einen Autoren die konservative Behandlung, die andern dagegen die operative anwenden. Doch überwiegen die Anhänger der bisherigen Behandlungsweise, d. h. der konservativen. Sie bringen grosse Statistiken mit guten Ergebnissen. Gegen diese Behandlung wurden von vielen Seiten Einwände erhoben.

So glaubt Freund, dass dieser Eingriff auf das möglichste einzuschränken, und nur als Notbehelf für den Transport einer Blutenden in eine Klinik zu betrachten sei. Meine Aufgabe ist es die Behandlung der Placenta praevia mit Tamponade Metreuryse und

Blasensprengung zu beschreiben in Übereinstimmung mit einer Statistik der Jahre 1907—1912.

Die entgültige Stillung der Blutung ist der Hauptgesichtspunkt der ganzen Behandlung. Es bleibt also nichts anderes übrig, wenn überhaupt etwas gegen die Blutung geschehen muss, als Ruhe, Enthaltung von aller schwereren Arbeit, von jeder heftigen körperlichen Bewegung, leichte Diät, und Sorge für weichen Stuhlgang. Es ist noch zu erwähnen, dass man bei der Behandlung der Placenta praevia auf das Leben des Kindes nicht zu grosse Rücksicht nehmen muss, da viele dieser Kinder an sich nicht lebensfähig sind, und andere der grössten Wahrscheinlichkeit nach zu Grunde gehen und da bei gleicher Gefährdung des mütterlichen und kindlichen Lebens mehr auf die Erhaltung des ersteren zu sehen ist.

Die Behandlung der Placenta praevia mit Tamponade besteht bekanntlich darin, dass man entweder Wattetampons oder Jodoformgaze in die Scheide einführt und fest gegen den Scheidengrund drängt. Man will damit vor allen Dingen zur Blutstillung beitragen. Die Wirkung lässt sich durch den direkten auf die blutende Fläche ausgeübten Druck erklären, dann aber auch durch den Umstand, dass das hinter den Tampons vergossene Blut zur Gerinnung kommt.

Obwohl gegen Tamonade viel geschrieben worden ist, ist sie doch fast überall zur Zeit die herrschende Methode und zählte unter den Ärzten viele Anhänger. Sie wird überall angewendet, wo es sich um mässige Blutungen handelt, und besonders da, wo der noch nicht genügend erweiterte Cervixkanal einen intrauterinen Eingriff nicht gestattet. Eine andere wünschenswerte Wirkung der Tamponade besteht darin, dass sie im Stande ist, Wehen hervorzurufen und die Geburt in Gang zu bringen. Der Tamponade muss natürlich eine gründliche Desinfektion der Scheide und Entleerung der Harnblase vorausgehen.

Je nach dem Material kann man zwei Arten derselben unterscheiden:

1) Die Wattetamponade
2) Die Jodoformgazetampomade.

Die Wattetamponade kommt meistens in Frankreich zur Anwendung. Zu diesem Zweck wird man Bäuschchen aus entfetteter Watte verfertigen und in einer 2% Carbol- oder 0,1% Sublimatlösung einige Zeit liegen lassen. Die Bäuschchen werden ausgepresst, mit Carbolöl getränkt, und nach Entleerung der Harnblase, antiseptischer Ausspülung der Scheide eingeführt. Die Scheide wird also mit Wattetampon vollkommen eingefüllt und dadurch auch das Scheidengewölbe förmlich entfaltet, so dass kein freier Raum mehr übrig bleibt. Nachdem wird die Vulva mit antiseptischer Watte bedeckt und diese mittels einer T-Binde befestigt.

Ausser der feuchten Tamponade ist von Ahlfeld, Kehrer, u. a. auch die trockene empfohlen worden.

Ahlfeld schreibt über die trockene Tamponade folgendes: „Die trockenen Tampons haften der Scheidenwand besser an ,als die feuchten, werden nicht so leicht herausgepresst und wenn man die Scheide mit grossen Mengen Watte ausstopft, so ist das unangenehme Gefühl des Druckes für die Frauen ein grösseres, wenn man feuchte Watte nimmt, als wenn man trockene einführt." Es ist also nach Ahlfeld die trockene Tamponade vorzuziehen, obschon ihre Entfernung besonders der fest auf der Scheidenwand anhaftenden Watteteilchen schwieriger ist als die der feuchten. Birnbaum dagegen verwendet Jodoformwattekugeln, die vorher zweckmässig mit Lysollösung angefeuchtet werden müssen, die überschüssige Flüssigkeit wird herausgepresst. Er glaubt, dass die etwas feuchten Tampons plastischer sind, sie schmiegen sich

untereinander und an die Scheiden- und Portiowände besser an, und gestatten so eine möglichst ideale Tamponade. Ausser diesen Tamponaden haben wir auch die Jodoformgazewattetamponade, die folgenderweise ausgeführt wird:

Nach einer Reinigung der äusseren Genitalien, genügende Desinfektion der Scheide mit 3% Carbollösung und Entleerung der Harnblase nimmt man einen Jodoformgazetampon und zupft aus Carbolwatte kleine Stücke. Man öffnet mit den 2 Fingern der einen Hand die Schamspalte und mit der anderen Hand schiebt man den Jodoformgazetampon möglichst in die Höhe, während der Faden heraushängt. Dann schiebt man ein Stück Watte nach dem anderen ein. Hier soll man auch beachten, dass die Scheide und das Scheidengewölbe gut ausgestopft wird. Der Tampon soll 6—8 Stunden liegen und nach der Herausnahme eine Scheidenausspülung folgen.

In neuerer Zeit ist die reine Jodoformgazetamponade angewendet worden, weil diese Tamponade vor den anderen den Vorteil hat, dass sie eine dauernde Desinfektion ausübt und eine rasche Zersetzung des Blutes und der Sekrete, die sich auf dem Tampon ansammeln, verhindert. Die Wattetamponade ist weniger empfehlenswert, da eine rasche Zersetzung der Sekrete einzutreten pflegt. Eine mehrfach wiederholte und mehrere Tage fortgesetzte Tamponade verursacht immer wegen der Infektionsgefahr erhebliche Bedenken, erstens weil durch die öfteren Manipulationen und Untersuchungen die Infektionsgefahr steigt und zweitens weil der bedrohliche Zustand der Gebärenden den Arzt zur Eile treibt und dadurch die gründliche Desinfektion versäumt wird. In München wird in der Döderlein'schen Klinik reine Jodoformgazetamponade angewendet, welche sich, wie meine Statistik beweist, auf das trefflichste bewährt hat.

Eine andere Aufgabe des Arztes bei der Behandlung der Placenta praevia mit Tamponade ist es, die Desinfektion der Genitalien nicht zu versäumen und gerade hier liegt die grösste Gefahr. Es ist ja bekannt, dass wir eine ideale Desinfektion der Genitalien nicht erzielen können. Um derselben einigermassen nahe zu kommen, empfiehlt es sich, wie bei jeder geburtshilflichen Operation auch hier die Haare zu rasieren. So rät Birnbaum dringend, bei jeder Frau mit Placenta praevia die Haare in der Umgebung der Vulva gründlich zu rasieren, weil sonst eine gründliche Desinfektion der äusseren Genitalien nicht möglich ist, wenn nicht rasiert wird. Es ist ja ganz erklärlich, dass durch die meist gehäuften, wenn auch schwächeren Blutungen, die Haare mit Blut, Schweiss und Hauttalg fest verklebt sind, die Körperwärme bei diesem Nährboden die weitere Entwicklung der hier immer vorhandenen virulenten Keime begünstigt, eine Desinfektion ohne Beseitigung der verklebten Masse unmöglich ist.

Das soll um so mehr betont werden, weil wir wissen, dass die hier vorhandenen früher angeblich so harmlosen Fäulniskeime auch die Fähigkeit haben in die mütterlichen Blutbahnen einzudringen und tötliche Infektionen hervorzurufen. Das Rasieren hat noch einen Vorteil. Es wird bei der Scheidentamponade dadurch vermieden, dass bei Einführung des Tampons Haare mit in die Vagina hineingeschoben werden. Wenn man mit solchen Umständen behandelt, kann man leicht das Puerperalfieber vermeiden.

Doch sieht man oft, dass nach einer Tamponade die Blutung nicht zum Stehen kommt und statt eines günstigen Resultates ein sehr bedauerliches eintritt. Die Hauptfehler, welche ein solches fatales Ergebnis mit sich bringen, sind hauptsächlich folgende zwei. Man stopft entweder die Scheide nicht hinreichend

aus, oder man sorgt nicht für genügende Desinfektion der Vagina und des zur Tamponade benutzten Materials. Bei Temperatursteigerung muss unbedingt die Tamponade entfernt werden. Ein anderer Umstand, der dazu Anlass geben kann, sind die Schmerzen, die die Tamponade durch Druck auf die Harnblase und den Mastdarm verursacht.

Im allgemeinen lässt sich die Blutstillung bei Placenta praevia durch die Tamponade erreichen. In der Privatpraxis soll der Arzt folgendes beachten.

a) Die Tamponade soll unter idealster Asepsis und Antisepsis eingeführt werden, um die Infektionsgefahr vermeiden zu können.
b) Auf das feste und vollständige Aussfüllen des Scheidengewölbes ist das allergrösste Gewicht zu legen.
c) Ein allzu starker Druck der Tamponade auf die Harnblase ist zu vermeiden.
d) Die Jodoformgazetamponade ist der Wattetamponade vorzuziehen.

Metreuryse.

Metreuryse gehört auch zur Tamponade, mit der man beabsichtigt, die Blutung zu stillen und Wehen hervorzurufen resp. die Wehen zu verstärken. Diese Behandlungsmethode besteht darin, dass man mit Hülfe eines Gummiballons, welcher über den inneren Muttermund in den Uterus eingeführt, und mit Desinfektionsflüssigkeit aufgespritzt wird, den Cervix so erweitert, dass das Kind noch extrahiert werden kann.

Die blutstillende Wirkung soll durch Druck des unteren Uterinsegmentes gegen die Placenta, und durch Coagulation des auf dem Tampon sich ansammelnden Blutes, nämlich durch Thrombosierung der eröffneten

mütterlichen Gefässe zustande kommen, obschon viele Autoren dieser Behandlung treu geblieben sind, haben andere mit dieser Methode keine haemostatische Wirkung gesehen. Ausserdem man kann oft sehen, dass durch die Metreuryse der beabsichtigte Zweck sich nicht vollständig erreichen lässt, da er sich der Form der Scheide und des Scheidengewölbes nicht gut anpassen kann.

Er tamponiert nur in seinem grössten Querumfange und kann bei Mehrgebährenden infolge schlaffer äusserer Genitalien und der Scheide herabrücken.

Ferner ist die Technik für den weniger Geübten durchaus nicht so einfach, und gerade bei dieser Behandlungsmethode besteht die Gefahr, dass bei der Durchführung des Ballons, Infektionskeime in den Uterus von den äusseren Genitalien verschleppt werden können. Einige Autoren empfehlen bei der Behandlung der Placenta praevia besonders die Metreuryse. Auch über diese Behandlungsmethode ist viel geschrieben worden, doch ist man noch nicht zur Einigkeit gekommen.

Es ist ja nicht zu leugnen, dass mit dieser Behandlung die Mortalität der Kinder etwas vermindert wird, während die Mortalität der Mütter gleich gross ist, da diese ja durch den Eingriff der Gefahr einer Infektion ausgesetzt sind.

Diese Autoren schreiben dieser Behandlung zwar eine Bedeutung zu, und ziehen sie der Jodoformgazetamponade ja auch der Methode von Braxton Hicks vor, doch ist Baisch entgegengesetzer Ansicht und sagt in seiner Abhandlung:

„Nun darf man sich darüber keiner Illusion hingeben, dass von einem weiteren Ausbau aller dieser sogenannten unblutigen Methoden d. i. Metreuryse, Wendung nach Braxton Hicks, Tamponade, eine wesentliche Besserung nicht zu erwarten ist. Der vor-

sichtige, geübte und erfahrene Geburtshelfer wird um einige Prozente günstigere Resultate erzielen als der unvorsichtige und ungeübte, aber es liegt im Wesen aller dieser Methoden, dass wir trotz aller Technik und Asepsis, über ein gewisses ziemlich bescheidenes Maximum der Erfolge niemals hinaus kommen werden. Ferner sagt Baisch: „In der Privatpraxis wäre es zu befürchten, dass die Metreuryse allgemein eingeführt, nicht nur keine Verbesserung, sondern im Gegenteil eine erhebliche Verschlechterung der Mortalität, insbesondere der Mütter nach sich ziehen würde, und zwar vor allem deshalb, weil die Technik der Metreuryse gerade bei Placenta praevia schwierig ist."

Weiter betont Baisch, dass die Einführung des Ballons in die durchbohrte Placenta durch das sich sofort wieder verlängernde Loch fast immer eine unvermeidliche ausgedehnte Lösung der Placenta und Blutungen hervorrufen kann und dass, solang der Ballon geboren ist, die Kompression der blutenden Placentarfläche aufhört und aufs neue blutet.

In der hiesigen Frauenklinik wird die Metreuryse bei der Behandlung der Placenta praevia nicht gern angewandt. So oft dies aber dort geschehen, sah man sich dann gezwungen, wieder zur Wendung nach Braxton Hicks zu greifen. Deshalb habe ich die wenigen in den Journalen der hiesigen Frauenklinik angeführten derartigen Fälle übergangen.

Blasensprengung.

Eine andere Behandlung bei der Therapie der Placenta praevia, welche eine Mittelstellung zwischen den zuwartenden und den aktiven Behandlungsmethoden einnimmt, ist die frühzeitige künstliche Blasensprengung.

Das Sprengen der Fruchtblase wirkt in der Regel blutstillend. Ist die Blase gesprungen, so kann sich die Placenta mit der Uteruswand in die Höhe ziehen und eine weitere Ablösung findet nicht mehr statt.

Durch den Abfluss des Fruchtwassers wird zugleich eine Verkleinerung der Uterushöhle bewirkt, welche die Retraktion der Muskelwände und den Verschluss der Gefässe begünstigt.

Noch ein anderer Vorteil der Blasensprengung ist, dass der vorliegende Teil tiefer tritt und die blutende Fläche komprimiert, so dass nach Abfluss des Fruchtwassers selbst starke Blutungen spontan aufhören können.

Die Erfahrung lehrt, dass in vielen Fällen, besonders bei Schädellagen und Placenta praevia partialis die Blutung völlig steht und die Geburt weiter spontan und normal verläuft. Liegt aber ein grösserer Teil der Placenta vor, so wird durch den tiefer tretenden Kopf immer noch Placenta abgelöst, der Eintritt der Wehen wird in einer unangenehmen Weise verzögert, und so kann dann die Möglichkeit einer Erneuerung der Blutung eintreten. Der Arzt soll deshalb wissen, welche Fälle von Placenta praevia durch Blasensprengung behandelt werden müssen. Solche sind diejenigen, bei denen kräftige Wehen vorhanden sind, nämlich alle Fälle von sogenanntem tiefen Sitz der Placenta, und geringere Grade von Placenta praevia partialis. In solchen Fällen kommt die Blutung bald zum Stehen und die Geburt wird den natürlichen Kräften überlassen.

In anderen Fällen besteht der Haupteinwand darin, dass nach der Blasensprengung die Blutung bei centralen Formen immer, bei lateralen häufig fortdauert.

Unter diesen Umständen wird man sich auf die Tamponade im allgemeinen nicht mehr verlassen können, weil eine Kompression der blutenden Stellen mit der Tamponade nicht sichere Erfolge bringen kann, und ferner die Gefahr einer inneren Blutung in den Uterus besteht. Deshalb ist es nicht ratsam, mit neuen Versuchen der Tamponade viel Zeit zu verlieren und die Frau so hochgradig zu gefährden. In solchen Fällen wird man gut tun, die Wendung nach Braxton Hicks vorzunehmen und mit dem herabgezogenen Steiss der Frucht die Placenta an ihre blutende Unterlage anzupressen.

Die Behandlung der Placenta praevia mit Blasensprengung kann bereits vorgenommen werden, wenn der Muttermund erst für einen Finger durchgängig ist. Da es aber nicht ausgeschlossen ist, dass der Schädel nach der Blasensprengung abweicht und damit seine kompromierende Wirkung auf das untere Uterinsegment nicht ausüben kann, so muss man, falls es weiter blutet, vorbereitet sein, die Scheide zu tamponieren, bis der Muttermund für zwei Finger durchgängig ist.

Es ist ja zu bedauern, dass viele Ärzte von der Blasensprengung auch bei Schädellage Abstand nehmen und die Metreuryse oder gefährlichere Eingriffe vorziehen.

Bei der Blasensprengung vermeidet man ein Eindringen der Finger in höhere Uterusabschnitte, welches bei der kombinierten Wendung der Fall ist, und gestattet so für den Verlauf des Wochenbettes eine günstigere Prognose. Ausserdem setzt sich bei der Behandlung der Placenta praevia mit Blasensprengung auch die Kindersterblichkeit herab, weil die Kinder bei der kombinierten Wendung infolge des Eingriffs erheblich mehr leiden, als bei der technisch so einfachen Sprengung der Blase, nach der die Geburt, infolge Vorliegens des grössten Kindsteiles meist

schnell verläuft. Ferner werden bei der Wendung die Kinder auch dadurch gefährdet, wenn man bedenkt, wie sehr durch die Kompression der Nabelschnur die Zirkulation der Placenta gestört wird.

Ist das Kind glücklich geboren, so sind die Gefahren für die Mutter noch längst nicht beseitigt. Es kann die Placenta oft in solchen Fällen zurückbleiben und es treten neue Blutungen auf. Auch nach der Ausstossung der Placenta wird man in einigen Fällen atonische Blutungen beobachten. Deshalb soll die Mutter immer unter ärztlicher Kontrolle bleiben, damit der Arzt die bei Placenta praevia gerade auftretende Anämie zu behandeln. Wenn nun leichte Anzeichen der Anämie des Gehirns vorhanden sind, so genügt es den Kopf tief zu legen, und durch Erheben der Beine eine Autotransfusion des Blutes zum Herzen und zum Gehirn zu bewirken.

In solchen Fällen sind Analeptika, Wein, Kognak, heisser Kaffee per os von grossem Nutzen.

Bestehen aber, wie es bei starken Blutungen der Fall ist, Ohnmachten, Schwindelgefühl, der Puls ist klein, so soll man energisch eingreifen. -- Der Magen nimmt nichts mehr auf, es wird alles wieder erbrochen. Die Analeptika werden per Klysma oder subcutan verabreicht werden. Von ausgezeichneter Wirkung sind Weinklysma oder $^1/_4$ stündliche Injektionen von Ol. camphor. oder Koffein.

Da ein direkter Ersatz des verlorenen Blutes nicht möglich ist, wird man die nötige Spannung ins Gefässsystem durch reichliche Einverleibung von physiologischer Kochsalzlösung 0,9% wieder herzustellen suchen, und das kann entweder durch Infusion oder

Transfusion erzielt werden. Es lassen sich 500 gr. Kochsalzlösung injiziert und durch Massage zur Resorption bringen.

Wärmezufuhr, heisse Tücher aufs Herz und die unteren Extremitäten sind für die Respiration und Zirkulation bestens zu empfehlen.

Nach der Schilderung dieser Behandlungsmethode gehe ich zu meiner Statistik über.

I.

O. A. 37 J. V para bekam plötzliche heftige Blutungen und wurde vom Arzt halb verblutet zu Hause tamponiert und in die Klinik geschickt. Entfernung der Tamponade und neue Tamponade. Kochsalzinfusion. Entfernung der neuen Tamponade, der Kopf ist bereits im Becken sichtbar. Die Blutung steht. Spontane Geburt eines toten, reifen Kindes. Plötzlich tritt profuse Blutung auf. Manuelle Placentarlösung und sofort sorgfältige Tamponade. Nach 2 Stunden Exitus trotz Kampher und Kochsalzinfusion.

II.

G. A. 28 J. V para. Von der Poliklinik wegen Placenta praevia tamponiert. Nach der Entfernung der Tamponade keine Blutung. Die Untersuchung ergiebt: Muttermund für 1 Finger durchgängig, vorliegende Placentargewebe. Bettruhe, keine Blutung. Nach sechs Stunden erfolgte spontane Geburt eines reifen, lebenden Kindes.

III.

J. M. 26 J. II para. Pat. erwacht mit sehr starken Blutungen. Der sofort gerufene Arzt legte eine

Tamponade ein, und veranlasste ihre Überführung in die Klinik. Die innere Untersuchung ergab: Muttermund 3 Markstück gross, am hinteren Rand fühlen sich die Eihäute. Nach Entfernung der Tamponade keine Blutung mehr. Bei der inneren Untersuchung springt die Blase. Spontane Geburt eines lebendigen Kindes.

IV.

R. A. 25 J. III para. pl. marginalis Pat. kommt in die Klinik, nachdem sie seit 14 Tagen wegen Blutungen tamponiert worden war. Scheidenspülung. Geringe Blutung. Blasensprengung, Abgang von viel Fruchtwasser, der Kopf tritt ins Becken ein. Es treten kräftige Wehen auf und spontane Geburt eines kräftigen lebenden Kindes nach dem Geburtsmechanismus der IHHL.

V.

R. Jos. 39 J. XII para. pl. pr. marginalis. Poliklinisch. Cervix und Scheidentamponade nach vorherigem Kathederisieren. Entfernung der Tamponade. Keine Blutung. Muttermund völlig erweitert. Blasensprengung. Spontane Geburt eines unreifen, lebenden Kindes.

VI.

Th. T. 34 J. IV para Placenta praevia marginalis. Skarke Blutung. Muttermund für zwei Finger durchgängig. Vorliegender Teil ist der Kopf. Links vom Kopf stösst man auf schwammiges Gewebe. Blasensprengung und Geburt eines lebhaft schreienden, kräftigen Kindes.

VII.

Z. M. 24 J. II para. Placenta praevia marginalis, mässige Wehen und starke Blutung, die an Intensität zunahm. Scheide stark mit Blutkugeln gefüllt, Muttermund Markstück gross, deutlich Placentargewebe fühlbar. Blasensprengung. Steiss tritt ins Becken, starke Scheidentamponade. Es erfolgt gute Wehentätigkeit. Nach Entfernung der fast gar nicht durchbluteten Tamponade erfolgte spontane Geburt eines unreifen lebendigen Kindes in Steisslage.

VIII.

B. J. 26 J. IV para. Sie wurde in die Klinik transportiert, nachdem Sie ca. 1 Liter Blut verlor. Kindliche Herztöne sehr schwankend. Blase gesprengt. Sofortiges Durchschneiden des Kopfes. Das Kind war asphyktisch. Sofortige Abnabelung. Kind reif lebend.

IX.

R. M. 19 J. I para. Massige Blutung ohne Wehen. Scheidentamponade, bei Stuhlgang wird die Tamponade ausgestossen. Da aber Pat. weiter blutet, wird die Scheide noch einmal tamponiert. Nach der Entfernung der Tamponade steht die Blutung. Placentargewebe fühlbar. Es treten gute Wehen auf und die Blase springt. Spontane Geburt eines lebenden Kindes.

X.

A. M. I para. Pat. kommt mit mässigen Wehen. Seit einem Tag wenig aber regelmässige Blutung. Blasensprengung und dann Geburt eines reifen lebendigen Kindes.

XI.

E. K. 36 J. V para. Wegen starker Blutung wurde Pat. zu Hause tamponiert. Am hinteren Rand des Muttermundes ist ein Lappen der Placentargewebe zu fühlen. Blasensprengung. Es erfolgten geringe Wehen und dann Geburt eines nicht ganz reifen aber lebendigen Kindes.

XII.

K. M. 48 J. X para. Plötzliche Blutung. Leichte Ohnmacht. Es bestand Hydramnion. Becken leer, nicht verengt. Blase steht, Muttermund für 2 Finger durchgängig. Zerreissung der Eihäute. 6 Liter Fruchtwasser. Prophylaktische Scheidentamponade. Nach der Entfernung der wenig blutgetränkten Tamponade steht die Blutung und erfolgt die Geburt eines lebenden Kindes.

Zum Schluss ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Baisch für die Ratschläge, die er mir erteilt hat, wie auch Herrn Geh. Prof. Dr. Döderlein für die Überlassung des Themas und für die gütige Übernahme des Referats meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1.) Ahlfeld: Ueber Placenta praevia. Verhandl. d. deutsch. Geburtsh. für Gyn. 1897.

2.) Baisch: Behandlung der Placenta praevia. Münch. med. Wochenschr. 1909 Nr. 3.

3.) Birnbaum: Zur Behandlung der Placenta praevia in der Praxis. Therap. Monatshefte. 1911. 4.

4.) Bumm: Grundriss d. Geburtshilfe.

5.) Freund: Ueber Placenta praevia. Deutsch. med. Woch. 1908. 4.

6.) Furth: Zur Behandlung der Placenta praevia. Centralbl. für Gyn. 1896. 20.

7.) Hauch: Ueber die Behandlung der Placenta praevia. Centralblatt für Gyn. 1910. 28.

8.) Hofmeier: Zur Behandlung der Placenta praevia. Münch. med. Woch. 1910. 26.

9.) Hofmeier: Ueber Placenta praevia. Verhandl. der deutsch. Geburtsh. für Gyn. 1897. 7.

10.) Heil: Die Tamponade bei Placenta praevia. Münch. med. Wochenschr. 1910. 5.

11.) Krönig: Metreuryse bei Placenta praevia. Gyn. Centralbl. 1909. 33.

12.) Runge: Lehrbuch der Geburtshilfe.

13.) Schweitzer: Zur Behandlung der Placenta praevia. Archiv für Gyn. 1911. 3.

14.) Strassmann: Ueber Placenta praevia. Archiv für Gyn. 1902. 67.

15.) Zweifel: Ueber Placenta praevia. Münch. med. Woch. 1907.

16.) Sigwart: Zur Behandlung der Placenta praevia Centralbl. für Gyn. 1910. 28.

17.) Winckel: Handbuch der. Geburtshülfe.

18.) Adelheim Witte: Die Tamponade bei Placenta praevia. Diss. Strassburg i. g. 1895.

19.) Biechler Rudolf: Ueber die Behandlung der Placenta praevia. Diss. Freiburg i. B. 1910.

20.) Lebenstein Julius: Ueber die Resultate der konserv. Behandlungsmeth. bei Placenta praevia. Diss. Berlin 1910.

21.) Boos Moritz: Ueber Placenta praevia. Diss. Breslau 1894.

22.) Neubauer Max: Ueber die Blutungen bei Placenta praevia. Diss. Berlin 1902.

23.) Maison: Behandlung der Placenta praevia. Diss. München 1908.

24.) Streicher: Die Bedeutung und Behandlung der Placenta praevia. Diss. Jena 1893.

25.) Simon Albert: Ueber Placenta praevia. Jena 1910.

26.) Rosahl Friedrich: Erfolge der verschiedenen Behandlungsmethoden. Diss. Halle A. A. 1895.

27.) Zedler Rudolf: Ueber Placenta praevia. Diss. Greifswald 1897.

28.) Zschirpe Fritz: Beitrag zur Therapie der Placenta praevia, Leipzig 1911.

29.) Heil: Wiener med. Wochenschrift. 1910. N. 11.

30.) Futh Joh.: Zur Behandl. der Placenta praevia in der Praxis. Münch. med. Wochenschrift 1907. N. 14.

31.) Fiessler Aug.: Zur Behandl. der Placenta praevia. Münch. med. Wochenschrift 1909. N. 4.

Lebenslauf.

Als Sohn des Telegraphenbeamten Johann Dimitriu wurde ich am 25. März 1887 in Larnaka „Cypern" geboren. Dort besuchte ich die Volksschule und dann das Gymnasium, wo ich bis zur letzten Klasse blieb. Am 15. Oktober 1904 besuchte ich das II. Barbakis-Gymnasium zu Athen, welches ich im Juli 1905 mit dem Zeugnis der Reife verliess.

Im Oktober 1905 begann ich an der Nationaluniversität zu Athen meine medizinischen Studien und habe dort die ärztliche Vorprüfung bestanden.

Im Mai 1909 wurde ich in München immatrikuliert, wo ich meine klinische Studien durchmachte.

Dimitrios Dimitriu.